

EXPEDIENT DE REINTEGRAMENT PER ASSISTÈNCIA SANITÀRIA A L'EXTERIOR

SERVEI PROVINCIAL

REGISTRE DE PRESENTACIÓ

OFICINA DELEGADA

CODI DE L'EXPEDIENT

REGISTRE D'ENTRADA A MUFACE

SOL·LICITUD

Número d'afiliació		Entitat mèdica		DADES DEL TITULAR		DNI/NIE/Passaport	
Primer cognom		Segon cognom		Nom		Telèfon: Fix Mòbil	
Domicili		Codi postal i localitat		Província		País	
Si desitgeu rebre informació, indiqueu la vostra direcció de correu electrònic							
DADES DEL BENEFICIARI DE LA PRESTACIÓ							
Nom i cognoms (si fos el mateix titular, indiqueu "el mateix")				DNI/NIE/Passaport		Relació amb el titular	
DADES PER A INFORMACIÓ SOBRE LA NOTIFICACIÓ							
Emplenar si desitgeu que la notificació es practiqui en lloc diferent del vostre domicili							
Carrer i núm:							
Codi Postal i localitat:		Província:		País:			

TIPUS/DURACIÓ DEL DESPLAÇAMENT	
Marqueu amb X la quadrícula corresponent en funció de si el desplaçament és per motius privats o professionals (en el supòsit de beneficiaris que acompanyin al titular s'ha de marcar el tipus de desplaçament d'aquest últim). En casos de desplaçaments temporals per raons privades l'assistència sanitària coberta és la de caràcter urgent i que no es pugui demorar i la cobertura temporal màxima és de dos mesos des de l'inici del desplaçament.	
PRIVAT	PROFESSIONAL (comissió de serveis, llicència estudis, altres...)
PERIODE DE DESPLAÇAMENT: DES DE (dd/mm/aaaa) FINS (dd/mm/aaaa)	

DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE	
Sempre l'assenyalat amb i, si escau, l'assenyalat amb ☐ marcant-lo amb X. A més, per a cada supòsit d'assistència sanitària, els dos que s'indiquen, marcant-los amb X. Si es tracta de mutualistes en les situacions dels apartats b) o j) de l'article 87.1 de la Llei de l'Estatut Bàsic de l'Empleat Públic (Real Decret Legislatiu 5/2015, de 30 d'octubre), és necessari presentar documentació que justifiqui la no cobertura de l'assistència rebuda. .	
Declaració subscripta pel titular, fen constar les raons i duració del desplaçament a l'exterior i descrivint breument els fets acompanyada de la documentació acreditativa del seu contingut com pot ser la relativa al principi del desplaçament.	
Traducció al castellà, o si escau a la llengua cooficial de la CCAA, dels documents necessaris en cada supòsit	
En desplaçament por motiu professional s'ha d'adjuntar còpia del document acreditatiu expedit per l'organisme competent	
Si es disposa d'alguna assegurança o altre tipus de cobertura, s'haurà d'acreditar l'extensió i cobertura d'aquesta, així com els imports que estiguin coberts.	
ASSISTÈNCIA MÈDICA-HOSPITALÀRIA	Informe clínic amb detall del diagnòstic i de l'assistència prestada. Factura del Centre Sanitari
ASISTENCIA MÉDICO-AMBULATORIA	Informe del facultatiu amb el diagnòstic. Factura del metge.
MEDICAMENTOS Y DEMÁS PRODUCTOS FARMACÉUTICOS DISPENSADOS EN RÉGIMEN AMBULATORIO	Recepta o prescripció. Factura de la Farmàcia on hi consti el producte dispensat y el preu abonat.

EXEMPLAR PER A MUFACE

UTILITZACIÓ DE LA TARGETA SANITÀRIA EUROPEA

Si, per a rebre l'assistència sanitària que ha donat lloc a les despeses el reintegrament del qual es demana, s'ha utilitzat la TSE o elseu CPS, s'han d'emplenar les següents dades, segons s'escaigui:

País d'estada

Es sol·licita el reintegrament de les despeses per copagament .

Es sol·licita el reintegrament de la totalitat del cost de l'assistència perquè no es va demanar el reemborsament de les despeses en el país d'estada. En aquest cas, si alguna prestació o servei no estigués coberta d'acord amb la normativa de MUFACE::

Se sol·licita que, en aplicació de l'article 25.5, paràgraf segon, del Reglament (CE) 987/2009, MUFACE recapti informació sobre el percentatge o import que la institució del lloc d'estada hagués reemborsat si s'hagués demanat. do.

IMPORT DE LES DESPESES EL REINTEGRAMENT DE LES QUALS SE SOL·LICITA

L'import s'ha d'indicar en la moneda en que s'hagi realitzat l'abonament. El reintegrament s'efectuarà en euros, al tipus de canvi vigent en la data del pagament de les factures..

Import

Moneda

- Assistència Mèdica-hospitalària
- Assistència Mèdica-ambulatoria
- Medicaments i altres productes farmacèutics

DADES PER AL PAGAMENT PER TRANSFERÈNCIA

IBAN				ENTITAT BANCÀRIA				Sucursal				D.C		Número de compte /llibreta													

Declaro expressament :

a) Que les dades consignades en aquesta sol·licitud son certes.

b) Que (marqueu el que sigui procedent)

No dispo de cap tipus d'assegurança o cobertura per a les despeses sol·licitades.

Sí dispo d'assegurança o cobertura per a les despeses sol·licitades per la qual cosa adjunto la documentació

LLOC I DATA

FIRMA DEL SOL·LICITANT, o del seu representant degudament acreditat
(Art. 5 de la Llei 39/2015, d'1 d' octubre)

COMUNICACIÓ INFORMATIVA: De conformitat amb el que estableix l'article 21.4 de la Llei 39/2015, d'1 d'octubre (LPAC), us informem que el termini màxim normativament establert per a la resolució i notificació de la sol·licitud és de DOS MESOS des de la data en què ha tingut entrada en el Registre de l'organ competent per a la seva tramitació, sent els efectes de la falta de resolució en termini, ESTIMATORIS .

PROTECCIÓ DE DADES DE CARÀCTER PERSONAL: D'acord amb l'article 13 del Reglament (UE) 2016/679 del Parlament Europeu i del Consell de 27 d'abril de 2016 (Reglament General de Protecció de Dades Personals), i l'article 11 de la Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre de Protecció de Dades i garantia dels drets digitals, us informem que les dades personals facilitades seran tractades per MUFACE amb la finalitat de gestionar les prestacions sanitàries en el Règim del mutualisme administratiu.

Aquest tractament és necessari per al compliment de l'obligació legal establerta en els articles 4 i 12 del text refós de la Llei sobre Seguretat Social

dels funcionaris civils de l'Estat (aprovat per Reial Decret Legislatiu 4/2000, de 23 de juny). Podeu exercir els vostres drets en matèria de protecció de dades davant la directora del Departament de Prestacions Sanitàries de MUFACE.

Més informació en l'apartat " [Privadesa i protecció de dades](#) " de la pàgina web de Muface.

Delegat de Protecció de Dades de la Mutualitat: [Delegat de Protecció de Dades](#).

MUTUALITAT GENERAL DE FUNCIONARIS CIVILS DE L'ESTAT

EXPEDIENT DE REINTEGRAMENT PER ASSISTÈNCIA SANITÀRIA A L'EXTERIOR

SERVEI PROVINCIAL

REGISTRE DE PRESENTACIÓ

OFICINA DELEGADA

CODI DE L'EXPEDIENT

REGISTRE D'ENTRADA A MUFACE

SOL·LICITUD

Número d'afiliació		Entitat mèdica		DADES DEL TITULAR		DNI/NIE/Passaport	
Primer cognom		Segon cognom		Nom		Telèfon: Fix Mòbil	
Domicili		Codi postal i localitat		Província		País	
Si desitgeu rebre informació, indiqueu la vostra direcció de correu electrònic							
DADES DEL BENEFICIARI DE LA PRESTACIÓ							
Nom i cognoms (si fos el mateix titular, indiqueu "el mateix")				DNI/NIE/Passaport		Relació amb el titular	
DADES PER A INFORMACIÓ SOBRE LA NOTIFICACIÓ							
Emplenar si desitgeu que la notificació es practiqui en lloc diferent del vostre domicili							
Carrer i núm:							
Codi Postal i localitat:		Província:		País:			

TIPUS/DURACIÓ DEL DESPLAÇAMENT

Marqueu amb X la quadrícula corresponent en funció de si el desplaçament és per motius privats o professionals (en el supòsit de beneficiaris que acompanyin al titular s'ha de marcar el tipus de desplaçament d'aquest últim).

En casos de desplaçaments temporals per raons privades l'assistència sanitària coberta és la de caràcter urgent i que no es pugui demorar i la cobertura temporal màxima és de dos mesos des de l'inici del desplaçament.

PRIVAT

PROFESSIONAL (comissió de serveis, llicència estudis, altres...)

PERIODE DE DESPLAÇAMENT: DES DE (dd/mm/aaaa)

FINS (dd/mm/aaaa)

DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE

Sempre l'assenyalat amb i, si escau, l'assenyalat amb ☐ marcant-lo amb X. A més, per a cada supòsit d'assistència sanitària, els dos que s'indiquen, marcant-los amb X.

Si es tracta de mutualistes en les situacions dels apartats b) o j) de l'article 87.1 de la Llei de l'Estatut Bàsic de l'Empleat Públic (Real Decret Legislatiu 5/2015, de 30 d'octubre), és necessari presentar documentació que justifiqui la no cobertura de l'assistència rebuda. .

Declaració subscripta pel titular, fen constar les raons i duració del desplaçament a l'exterior i descrivint breument els fets acompanyada de la documentació acreditativa del seu contingut com pot ser la relativa al principi del desplaçament.

Traducció al castellà, o si escau a la llengua cooficial de la CCAA, dels documents necessaris en cada supòsit

En desplaçament por motiu professional s'ha d'adjuntar còpia del document acreditatiu expedit per l'organisme competent

Si es disposa d'alguna assegurança o altre tipus de cobertura, s'haurà d'acreditar l'extensió i cobertura d'aquesta, així com els imports que estiguin coberts.

ASSISTÈNCIA MÈDICA-HOSPITALÀRIA

Informe clínic amb detall del diagnòstic i de l'assistència prestada.

Factura del Centre Sanitari

ASISTENCIA MÉDICO-AMBULATORIA

Informe del facultatiu amb el diagnòstic .

Factura del metge .

MEDICAMENTOS Y DEMÁS PRODUCTOS FARMACÉUTICOS DISPENSADOS EN RÉGIMEN AMBULATORIO

Recepta o prescripció .

Factura de la Farmàcia on hi consti el producte dispensat y el preu abonat. .

UTILITZACIÓ DE LA TARGETA SANITÀRIA EUROPEA

Si, per a rebre l'assistència sanitària que ha donat lloc a les despeses el reintegrament del qual es demana, s'ha utilitzat la TSE o elseu CPS, s'han d'emplenar les següents dades, segons s'escaigui:

País d'estada

Es sol·licita el reintegrament de les despeses per copagament .

Es sol·licita el reintegrament de la totalitat del cost de l'assistència perquè no es va demanar el reemborsament de les despeses en el país d'estada. En aquest cas, si alguna prestació o servei no estigués coberta d'acord amb la normativa de MUFACE::

Se sol·licita que, en aplicació de l'article 25.5, paràgraf segon, del Reglament (CE) 987/2009, MUFACE recapti informació sobre el percentatge o import que la institució del lloc d'estada hagués reemborsat si s'hagués demanat. do.

IMPORT DE LES DESPESES EL REINTEGRAMENT DE LES QUALS SE SOL·LICITA

L'import s'ha d'indicar en la moneda en que s'hagi realitzat l'abonament. El reintegrament s'efectuarà en euros, al tipus de canvi vigent en la data del pagament de les factures..

Import

Moneda

- Assistència Mèdica-hospitalària
- Assistència Mèdica-ambulatoria
- Medicaments i altres productes farmacèutics

DADES PER AL PAGAMENT PER TRANSFERÈNCIA

IBAN				ENTITAT BANCÀRIA				Sucursal				D.C		Número de compte /llibreta											

Declaro expressament :

c) Que les dades consignades en aquesta sol·licitud son certes.

d) Que (marqueu el que sigui procedent)

No disposo de cap tipus d'assegurança o cobertura per a les despeses sol·licitades.

Sí disposo d'assegurança o cobertura per a les despeses sol·licitades per la qual cosa adjunto la documentació

LLOC I DATA

FIRMA DEL SOL·LICITANT, o del seu representant degudament acreditat
(Art. 5 de la Llei 39/2015, d'1 d' octubre)

COMUNICACIÓ INFORMATIVA: De conformitat amb el que estableix l'article 21.4 de la Llei 39/2015, d'1 d'octubre (LPAC), us informem que el termini màxim normativament establert per a la resolució i notificació de la sol·licitud és de DOS MESOS des de la data en què ha tingut entrada en el Registre de l'organ competent per a la seva tramitació, sent els efectes de la falta de resolució en termini, ESTIMATORIS .

PROTECCIÓ DE DADES DE CARÀCTER PERSONAL: D'acord amb l'article 13 del Reglament (UE) 2016/679 del Parlament Europeu i del Consell de 27 d'abril de 2016 (Reglament General de Protecció de Dades Personals), i l'article 11 de la Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre de Protecció de Dades i garantia dels drets digitals, us informem que les dades personals facilitades seran tractades per MUFACE amb la finalitat de gestionar les prestacions sanitàries en el Règim del mutualisme administratiu.

Aquest tractament és necessari per al compliment de l'obligació legal establerta en els articles 4 i 12 del text refós de la Llei sobre Seguretat Social

dels funcionaris civils de l'Estat (aprovat per Reial Decret Legislatiu 4/2000, de 23 de juny). Podeu exercir els vostres drets en matèria de protecció de dades davant la directora del Departament de Prestacions Sanitàries de MUFACE.

Més informació en l'apartat " [Privadesa i protecció de dades](#) " de la pàgina web de Muface.

Delegat de Protecció de Dades de la Mutualitat: [Delegat de Protecció de Dades](#).

MUTUALITAT GENERAL DE FUNCIONARIS CIVILS DE L'ESTAT